



FE.CA.PA

## BOLETÍN DE ADHESIÓN AL SEGURO DE GRUPO

TOMADOR DEL SEGURO: MUTUALIDAD ESCOLAR DE PREVISIÓN DE LA FE.CA.PA.

### Datos asegurado 1

(Nombre)	(Primer Apellido)	(Segundo Apellido)
Fecha de nacimiento (d,m,a)	NIF (incluyendo letra)	Fecha de alta en el seguro (d,m,a)

### Datos asegurado 2

(Nombre)	(Primer Apellido)	(Segundo Apellido)
Fecha de nacimiento (d,m,a)	NIF (incluyendo letra)	Fecha de alta en el seguro (d,m,a)

### Datos alumno

(Nombre)	(Primer Apellido)	(Segundo Apellido)
Fecha de nacimiento (d,m,a)	Curso	Colegio
Fecha de alta en el seguro (d,m,a)		

### Declaración de Salud

#### Asegurado 1

- ¿Ha sido sometido en los últimos tres años, o será sometido próximamente a intervención quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis u otro tratamiento en centros sanitarios con estancia de más de 5 días?  Sí  No
- ¿Ha padecido o padece cáncer o tumores, enfermedades endocrinas, infecciones VIH como el SIDA y enfermedades asociadas, afecciones de corazón o sistema circulatorio, un accidente cerebrovascular o hipertensión arterial, enfermedades neurológicas o psiquiátricas, enfermedad pulmonar, hepática, o secuela de cirugía o accidente?  Sí  No
- ¿Tiene concedida o en trámite una Incapacidad Permanente Absoluta o alguna minusvalía superior al 33%?  Sí  No
- ¿Le ha sido denegado un seguro de vida o de salud en otras compañías?  Sí  No

Asegurado 1: En caso de haber respondido afirmativamente a alguna de las preguntas, explique el motivo a continuación:

Declaro que son ciertas las afirmaciones marcadas en el presente apartado -Declaración de Salud-:

Firmado: Asegurado 1

#### Asegurado 2

- ¿Ha sido sometido en los últimos tres años, o será sometido próximamente a intervención quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis u otro tratamiento en centros sanitarios con estancia de más de 5 días?  Sí  No
- ¿Ha padecido o padece cáncer o tumores, enfermedades endocrinas, infecciones VIH como el SIDA y enfermedades asociadas, afecciones de corazón o sistema circulatorio, un accidente cerebrovascular o hipertensión arterial, enfermedades neurológicas o psiquiátricas, enfermedad pulmonar, hepática, o secuela de cirugía o accidente?  Sí  No
- ¿Tiene concedida o en trámite una Incapacidad Permanente Absoluta o alguna minusvalía superior al 33%?  Sí  No
- ¿Le ha sido denegado un seguro de vida o de salud en otras compañías?  Sí  No

Asegurado 2: En caso de haber respondido afirmativamente a alguna de las preguntas, explique el motivo a continuación:

Declaro que son ciertas las afirmaciones marcadas en el presente apartado -Declaración de Salud-:

Firmado: Asegurado 2

Declaro que las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y completas y que son la base sobre la que se solicita el seguro bajo la póliza de Seguro Colectivo. Además de lo manifestado previamente declaro estar en buen estado de salud y que cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento de las mismas, eximirá a la FE.CA.PA de toda obligación de indemnizar.

\*De conformidad con la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, sobre tratamiento automatizado de datos de carácter personal, el abajo firmante declara que los datos indicados son ciertos y otorga su consentimiento expreso para que puedan ser tratados automáticamente, con el fin de suscribir el seguro. Esta información podrá ser cedida, en su totalidad o en parte, a Instituciones colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha con el fraude, así como a otras personas o Entidades por razones de análisis de riesgos, de investigación de siniestros, por razones de coaseguro o de reaseguro. Asimismo, podrá hacerse uso de esta información para ofrecer al asegurado otros productos o servicios de la misma Entidad o de cualquier otra perteneciente al grupo de empresas.\*

FECHA: / /

SELLO Y FIRMA  
DEL TOMADOR  
DEL SEGURO:

FIRMA DEL  
ASEGURADO: